ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 36 (53). Rocznik II. | Kraków, 7. 9. 1941 r.

Redaktor: Dr med. Werner Kroll, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Krupnicza 11a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf Hitlerplatz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie", Kraków, Krupnicza 11a, lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim bądź to niemieckim. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a.

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

TREŚĆ: Str.

Znaczenie krzywicy pod względem społecznym

Napisał Dr. Buurman, Kraków.

Ocena gruźlicy i chorób wenerycznych jako chorób o znaczeniu społecznym jest faktem znanym prawie każdemu laikowi. Ale inaczej jest z krzywicą, której niekorzystnego wpływu na zdrowie narodu jeszcze przed kilku laty nie uznawały szerokie masy i oceniały go jako nieznaczny. Wprawdzie nie brakowało badaczy i lekarzy, którzy poznali znaczenie krzywicy dla zdrowia ogółu. Ale dopiero niemieckiemu stanowi lekarskiemu, ujętemu łącznie pod narodowo-socjalistycznym przywództwem zdrowia, oraz jego kierownictwu przypadło w udziale niesienie wiedzy o tak wielkim znaczeniu krzywicy pod względem społecznym i wkroczenie na nowe drogi dla zapobiegania jej odpowiednio do lekarskiego poznania istoty tej choroby społecznej.

To, że krzywica jest chorobą posiadającą znaczenie z punktu widzenia społecznego, wynika przede wszystkim z częstotliwości jej występowania. Gdyby nie istniała ta częstotliwość, nie potrzeba też byłoby uciekać się do szczególnych środków dla zapobiegania krzywicy.

Nie posiadamy szczegółowych obszernych statystyk z ostatnich czasów, zwłaszcza też dla Niemiec, o częstotliwości występowania krzywicy. Dane rocznika statystycznego Rzeszy niemieckiej zawierają tylko przypadki obserwowane w szpitalach, względnie przypadki śmierci (specjalne dodatki statystyczne do „Reichsgesundheitsblatt") tak, iż z tego materiału nie można wyciągnąć daleko sięgających wniosków.

Natomiast rozporządzamy szeregiem badań z czasów dawniejszych i ostatnich, w których krzywicę ocenia się jako „chorobę społeczną", a które też podają liczby, wykazujące jednak wielkie wahania, jakie należy sprowadzić do podmiotowego nastawienia poszczególnych autorów wobec stwierdzonych oznak chorobowych, oraz do trudności ich odgraniczenia od normalnego stanu rzeczy, a które to liczby dlatego nie posiadają wcale siły dowodowej.

Aby uzyskać cyfry o rozpowszechnieniu krzywicy, przedmiotowo nie podlegające zarzutom, stoją nam otworem dwie drogi:

a) określenie zawartości fosforu
b) badanie rentgenologiczne,

a więc metody, nie nadające się do badań masowych, a których też dotychczas nie zastosowano w badaniach masowych.

Dlatego też dla naszego badania skazani jesteśmy głównie na szacowania.

Wprawdzie uświadamiam sobie niedostateczność tego rodzaju metody badania. Przeprowadzenie dokładniejszych badań przypadnie w udziale czasowi późniejszemu. Dlatego też istniejące liczby muszą tymczasem służyć jako podstawa rozważań. Wedle poniżej wymienionych autorów odsetek dzieci chorych na krzywicę wynosi:

Żukowski	w Petersburgu	90%
Stölzner	w Berlinie	90—95%
Kassowitz	w Wiedniu	89%
Feer	w Bazylei	86%
Mey	w Rydze	80%
Seitz	w Monachium	72%
Johanessen	w Chrystianii	66%
Monoroo	w Rio de Janeiro	50—80%
Fede	w Neapolu	50%
Baumel	w Montpelier, poniżej	50%
Rehn	w Frankfurcie	50—60%.

Hilgers (2) i Selter (3) mogli stwierdzić wśród dzieci podlegających szczepieniu następujący odsetek osobników krzywiczych:

1914	w Lipsku	49,3%
1914	w Królewcu	52,5%
1921	w Królewcu	35,1%.

Według P o h l e n a (cytuję za B e s s a u e m 4) statystyki z opieki nad dziećmi w Rzeszy dowodzą, że znaczna krzywica istnieje w 7—8%, na ogół rozdzielona prawie równomiernie na miasto i wieś. W okręgu przemysłowym (B r e h m e 5) podaje się liczby 40—50%.

Wedle spostrzeżeń nad chorymi, leczonymi w klinice dziecięcej we Frankfurcie, ze wszystkich dzieci, które znajdują się w wieku krzywiczym, miało być 70% krzywiczych. To, że tak niekorzystne cyfry można znaleść nietylko w Rzeszy Niemieckiej, wynika ze sprawozdania, jakie pochodzi z kliniki dziecięcej w Bazylei. Spośród dzieci w wieku krzywiczym miało wykazywać krzywicę: w zimie 75%, w lecie 50 (cytowane według B e s s a u a 4). Do podobnych wyników doszedł B e r g m a n n (6), który przejrzał całą literaturę światową, odnoszącą się do rozpowszechnienia krzywicy i mógł potwierdzić wzmożone jej występowanie.

Ostatnio asystenci wiedeńskiej kliniki uniwersyteckiej, którzy mieli do rozporządzenia ruchomą poradnię, stwierdzili w okręgu Niederdonau, w październiku 1939 r., a więc na początku okresu małego nasłonecznienia, oznaki krzywicy u 44% wszystkich badanych osesków.

Ja sam znalazłem w r. 1938 zmięknienie czaszki krzywicze *(craniotabes)* u 52% wszystkich osesków, przedstawionych mi w poradni dla matki i dziecka jednego z powiatów wiejskich na Śląsku.

Według ankiety Urzędu Zdrowia Rzeszy, rozesłanej do pewnej liczby lekarzy praktyków, co do częstotliwości krzywicy, podano zależnie od okolicy zachorowalność na krzywicę na 10—95%. 70—80% dzieci krzywiczych miało krzywicę pierwszego stopnia, 5—10% krzywicę drugiego stopnia, 15—20% krzywicę trzeciego stopnia.

R o t t (7), który podał te cyfry z okazji VIII konferencji lekarskiej niemieckiego Zjednoczenia dla opieki nad oseskami i małymi dziećmi na pamiętnym posiedzeniu w Wiesbadenie dnia 26. III. 1938, na którym to posiedzeniu postanowiono wprowadzenie zapobiegania krzywicy w Niemczech, wyciągnął stąd wniosek, że wszystkie oseski prawie od czwartego miesiąca życia zagrożone są krzywicą.

Ale na większe zaufanie, niż te nadzwyczaj chwiejne wyniki badań klinicznych, zasługują badania anatomiczne, przeprowadzane rzeczowo i równomiernie na wielkim materiale, badanym bez wyboru. Wedle ustaleń S c h m o r l a (8) krzywica wśród dzieci biedoty wielkomiejskiej nigdy nie zaczyna się przed połową drugiego miesiąca życia, tylko rzadko po skończonym drugim roku życia, a atakuje w tym czasokresie, przynajmniej w początkach dających się rozpoznać drobnowidowo, prawie że każdego osobnika (wcześniej umierającego).

Dalej społeczne znaczenie krzywicy wynika z jej stopnia niebezpieczeństwa.

Wprawdzie krzywica bezpośrednio prawie nigdy nie zagraża życiu, ale pośrednio zagraża mu w najsilniejszej mierze. Wiemy, że przy zgonach na tle zakażenia krzywica odgrywa nadzwyczajną rolę.

S u z u k i (9) sprowadza spostrzeżenie, ogłoszone w jednym z wcześniejszych doniesień o zapaleniu płuc jako głównej przyczynie śmierci dzieci w Mandżurii, do znacznego rozpowszechnienia krzywicy.

Według M a d e r a i E c k h a r d a (10) bardzo pomyślne wyniki zwalczania krzywicy dają się zauważyć nie tylko jako spadek samej krzywicy, ale też jako zupełnie gwałtowny spadek śmiertelności z powodu krztuśca i odry. Podczas gdy przedtem przy ciężkiej krzywicy przeciętnie zapadało na zapalenie płuc 55%, a z tego umierało 81%, to odpowiednie liczby przy krztuścu bez krzywicy wynoszą tylko 29—43%. Udział śmiertelności z powodu zapalenia płuc w ogólnej śmiertelności osesków wynosił w roku 1925 wedle R o t t a (7) 10%. Przyczynę tej śmiertelności z powodu zapalenia płuc stanowi w znacznej części krzywica, przy czym, poza momentami mechanicznymi, pewną rolę odgrywa ogólne schorzenie przemiany materii krzywicze. Także i odporność osesków krzywiczych wobec innych chorób jest często zmniejszona.

Wedle P f a u n d l e r a (11) prawdopodobieństwo zachorowania w czasie odry na zapalenie płuc jest dla dziecka krzywiczego trzechkrotnie tak wielkie, jak dla dziecka niekrzywiczego, a prawdopodobieństwo zgonu wskutek takiego powikłania jest dla dziecka krzywiczego dwukrotnie większe, niż dla niekrzywiczego. Poza odrą, szczególnie także przy krztuścu, choroba na skutek krzywicy przyjmuje często jak najgorszy obrót.

C o e r p e r (12) uważa na podstawie swych ustaleń za możliwe do przyjęcia, że u ⅖ wszystkich dzieci umierających na zapalenie oskrzeli, krztusiec i grypę współdziałała krzywica, że spośród zmarłych na krztusiec ⅗ należy określić, jako dotknięte wyraźną krzywicą. A s c h e n h e i m o w i (13), na podstawie własnych jego doświadczeń klinicznych, wydają się te liczby jeszcze za niskie dla małych dzieci. Przyjmuje on oddziaływanie krzywicy conajmniej dla ½, prawdopodobnie zaś dla ¾ wszystkich wymienionych przypadków śmierci małych dzieci. Ale dlatego też nie jest to wcale przypadkiem, że właśnie spośród osesków i małych dzieci zapalenie oskrzeli, odra, krztusiec i grypa domagają się niesamowitej liczby ofiar śmiertelnych, zwłaszcza przede wszystkim na skutek towarzyszących tym chorobom zapaleń płuc odoskrzelowych.

Na razie wymyka się jeszcze spod wszelkiej oceny liczba dzieci krzywiczych, które umierają co roku na skutek skłonności do kurczów (spazmofilia), która to choroba rozwija się zawsze na tle krzywiczym i przedstawia szczególną fazę zaburzeń przemiany materii krzywiczych, jak również liczba dzieci, umierających na skutek zaburzeń narządu trawienia i innych cierpień, które stoją w przyczynowym związku z krzywicą. Mogłaby ona jednak odgrywać znaczną rolę. Tylko krótko należałoby wskazać na znaczną rolę krzywicy w powstawaniu próchnicy zębów i skrzywień kości szczęki, co też ma znaczenie społeczne.

Dalej wskażę na wielką ilość osobników krzywiczych, u których daje się znaleść tak znaczne pozostałości przebytej krzywicy, że to im przeszkodziło w ich rozwoju umysłowym i cielesnym, jak również obniżyło ich przydatność gospodarczą i zawodową. Dlatego też z punktu widzenia społecznego zagadnienie chronicznych stanów następczych po przebyciu krzywicy wydaje mi się prawie jeszcze ważniejsze, niż zagadnienie związku ze zgonem na tle zakażenia.

Znany jest fakt, że rachitycy często są niedorozwinięci umysłowo (C z e r n y 14). Chociaż możliwość tego, że krzywica sama przez się może doprowadzić do powstania trwałego obniżenia zdolności lżejszego stopnia, nie da się ani dowieść, ani zaprze-

Ausgabe von Personalausweisen, Spiritus- und Seifenkarten für Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen in Krakau

Wydawanie dowodów osobistych oraz kart przydziału spirytusu i mydła dla pielęgniarzy i pielęgniarek, zamieszkałych w Krakowie

**Gesundheitskammer
im Generalgouvernement
Distriktsgesundheitskammer
Krakau**

Die Gesundheitskammer beginnt in der Zeit von 8. bis 12. September in den Dienststunedn v. 8.30 bis 12 Ausgabe der Personalausweise, Spiritus- und Seifenkarten für die in Krakau wohnenden Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger.

Die Ausweise und die Karten sind persönlich in der Gesundheitskammer, Krakau, Krupnicza 11 a abzuholen. Die Gebühr hierfür beträgt 2 Zl.

Die Krankenpflegerinnen und die Krankenpfleger müssen das Diplom vorlegen.

**W. von Würzen
Kaufm. Geschäftsführer**

**Izba Zdrowia
w Generalnym Gubernatorstwie
Okręgowa Izba Zdrowia
Kraków**

Izba Zdrowia rozpoczyna w czasie od 8 do 12 września wydawanie dowodów osobistych oraz kart przydziału spirytusu i mydła dla pielęgniarek i pielęgniarzy zamieszkałych w Krakowie w godzinach urzędowych od 8.30 do 12-tej.

Dowody należy odebrać osobiście w Izbie Zdrowia, Kraków, Krupnicza 11 a. Opłata za to wynosi zł. 2.

Pielęgniarki i pielęgniarze muszą przedłożyć dyplom ukończenia szkoły pielęgniarskiej.

**W. v. Würzen
Zarządca gospodarczy**

---

czyć, to jednak chcę krótko omówić to właśnie zagadnienie.

Lekarzowi szkolnemu przy jego corocznych badaniach, pomimo nieraz wspaniałego rozwoju cielesnego i umysłowego dzieci szkolnych, coraz to wpada w oczy fakt, jak wielka jest liczba dawnych rachityków pomiędzy dziećmi, które nie mogą ukończyć szkoły powszechnej. Aschenheim (13) mógł stwierdzić, że prawie 70% wszystkich uczniów szkół dokształcających okazuje wyraźne oznaki przebytej krzywicy, wobec 35—40% osobników krzywiczych w równym wieku w innych szkołach. Według Klotza (cytowany za Aschenheimem 13), który zresztą nawołuje do krytycznej ostrożności, u 75% wszystkich nieudolnych umysłowo daje się stwierdzić pozostałości krzywicze, jednakże przy ocenianiu tego rodzaju związku wskazana jest ostrożność, co też zaleca Aschenheim.

„Ponieważ przy krzywicy na pierwszy plan wysuwają się silnie momenty dziedziczne, a nagromadzenie mniej wartościowych zadatków konstytucjonalnych nie jest rzadkością, możnaby zarzucić że przy niejednym objawie, który nam się wydaje jako następstwo krzywicy, chodzi o istniejące obok tego rzeczy mniej wartościowe, które są uwarunkowane dziedzicznie.“ (Aschenheim 13).

Jednakże nagromadzenie wymienionych objawów właśnie u osobników krzywiczych jest za wielkie, ażeby ścisły związek nie wydawał się więcej niż prawdopodobny, a Aschenheimowi nawet jako całkowicie pewny.

Brander (15), dla wyjaśnienia zagadnienia związku między krzywicą a upośledzeniem zdolności, zbadał inteligencję 376 przedwcześnie urodzonych dzieci, oraz zbadał je co do istniejących pozostałości przebytej krzywicy. Im cięższe pozostałości przebytej krzywicy wykazywały dzieci, tym większa była częstotliwość nieudolności umysłowej, przypadków graniczących z nieudolnością umysłową i pospolitą głupotą, przy czym liczba uzdolnionych normalnie i bardzo zdolnych była niższa w odpowiednim stopniu. Jednakże nie było możliwym rozstrzygnięcie, jak można sobie pomyśleć w związku z krzywicą powstawanie trwale pozostających defektów inteligencji, skoro nie dowiedziono, że krzywica może rzeczywiście wywołać obniżenie zdolności. Dalsze badania — przy wykorzystaniu stwierdzeń lekarzy szkolnych — winno się poświęcić zagadnieniu ewentualnego związku między krzywicą a zmniejszeniem zdolności.

Dalej znaczenie krzywicy pod względem społecznym uwidoczni się z wielkiego udziału, jaki ma krzywica w powstawaniu kalectw.

Bessau (4) podał, że wedle badań Pohlena, który opracował statystycznie materiał odnoszący się do 8791 przypadków kalectwa, stwierdzono krzywicę, jako przyczynę kalectwa, w 2.085 = 23,7% wszystkich przypadków. „Ciekawe, że krzywicę, jako czynnik genetyczny kalectw, przewyższają tylko kalectwa wrodzone, które przyjmuje się, jako przyczynę, w 32,2%. Przy ciężkich ułomnościach krzywica występuje jako przyczyna w 14%, zaś w o wiele większej grupie lekko ułomnych wchodzi w rachubę w 28,4%.“

Z tych niewielu liczb jaśniej niż z długotrwałych przedstawień wynika niezmierne znaczenie krzywicy dla dzielności zawodowej, zdolności do służby wojskowej i zdolności do małżeństwa.

W społecznym znaczeniu krzywicy bynajmniej nie ostatnie miejsce odgrywa jej uleczalność. Badania ostatnich dziesięcioleci dowodzą, że jest to możliwe. Jeszcze przed 20 laty uważano tran jako jedyny śro-

dek, przy którego pomocy było się w stanie skutecznie zwalczać krzywicę. Później jednakże, skoro w r. 1919 udało się Huldschińskiemu(16) wyleczyć dzieci krzywicze przez naświetlanie słońcem górskim, poznano znaczenie promieni pozafiołkowych dla leczenia i zapobiegania krzywicy, a dzisiaj w witaminie B mamy tak suwerenny środek leczniczy i zapobiegawczy przeciwko krzywicy, że „możliwość prawie że wytępienia krzywicy nie jest już więcej utopią" (Langstein 17).

PIŚMIENNICTWO:

1) Zappert: **Handbuch der sozialen Hygiene, Band V, Seite 582 und 589 ff.**
2) Hilgers: **Die Rachitis in den Grosstädten und ihre Bedeutung für die Volksgesundheit.** Klin. Wochenschrift Jg. 2. Seite 1365—1366.
3) Selters: **Verbreitung und Ursachen der Rachitis.** Berl. Klin. Wochenschrift 1919. Seite 145—147.
4) Bessau: **Notwendigkeit und Durchführung einer Rachitisprophylaxe.** Sitzungsbericht der Dt. Vereinigung für Säuglings- und Kleinkinderschutz 1938. Seite 2.
5) Brehme: **Die Rachitisendemie im westfälischen Industriebezirk.** Kinderärztl. Praxis 1926. Seite 80—84.
6) Bergmann: **Die Verbreitung der Rachitis.** Diss. Leipzig 1927.
7) Rott: **Sitzungsbericht der Dtsch. Vereinigung für Säuglings- und Kleinkinderschutz 1938.** Seite 14.
8) Schmorl: **Die pathologische Anatomie der rachitischen Knochenerkrankung mit besonderer Berücksichtigung der Histologie und Pathogenese.**
9) Suzuki: **Studien über Rachitis bei Brustkindern in der Mandschurei.** Centr. f. d. ges. Kinderheilkunde 1924. Seite 427.
10) Mader und Eckhard: **Der Wirkungsbereich der Rachitisbekämpfung.** Archiv f. Hygiene 1934. Seite 362—381.
11) Pfaundler: **Lehrbuch der Kinderheilkunde.** 12. Auflage. Seite 203.
12) Coerper: **Zeitschrift für Säuglingsschutz.** Jahrgang 1915. Heft 9.
13) Aschenheim: **Die sozialhygienische Bedeutung der Rachitis.** Deutsch. med. Wochenschr. 1926. Seite 1390 ff.
14) Czerny: **Rachitis.** In Kraus-Brugsch: Spez. Pathol. und Therapie innerer Krankheiten. Band IX 1923. Seite 317.
15) Brander: **Über den Zusammenhang zwischen Rachitis und Unterbegabung.** M. f. Kinderheilkunde 1937. Seite 55.
16) Huldschinski: **Heilung von Rachitis durch künstliche Höhensonne.** Deutsche med. Wochenschrift 1919 Nr. 26.
17) Langstein: **Die Behandlung der Rachitis.** Med. Klinik 1929. Seite 93—97.

Z pogranicza symptomatologii czerwonki

Napisał: Prof. Dr. Tadeusz Tempka, Kraków.

(Ciąg dalszy)

Kiłowe zakażenie przewodu pokarmowego może wchodzić w zakres symptomatologii czerwonki jedynie w postaci trzeciorzędnej t. j. kilakowej; siedzibą jej może być tak *ileum,* jak okrężnica, jak i odbytnica. Anatomicznie te zmiany kiłowe mogą się przejawiać niekiedy w postaci guzowatej, z umiejscowieniem głównie w okolicy kątnicy lub odbytnicy, wiodąc ostatecznie do objawów zwężenia. Druga postać zmian kiłowych trzeciorzędnych, wchodząca właśnie w zakres mojego tematu, to mniej lub więcej rozlane nacieki kilakowe, obejmujące całą ścianę jelita i ulegające następnie rozpadowi, co wiedzie do owrzodzeń; owrzodzenia te nie przedstawiają same przez się nic charakterystycznego i nie odróżniają się od owrzodzeń czerwonkowych lub gruźliczych. Klinicznie przejawiają się one biegunkami o cechach dyzenterycznych. Przy dłuższym trwaniu cierpienia, mianowicie przy nierozpoznaniu jego tła i tym samym niezastosowaniu odpowiedniego leczenia, — wytwarza się charłactwo. Rozpoznanie opiera się ze względu na to, że obraz kliniczny tych czerwonkowatych biegunek nie przemawia sam przez się za podłożem kiłowym, na wywiadach, na obecności innych współistniejących zmian kiłowych, na dodatnim odczynie Wassermanna i wreszcie na szybkim, dodatnim wpływie leczenia swoistego. Rzecz prosta, zmiany bliznowate, wiodące do zwężeń jelita, występujące zwłaszcza w przebiegu tumorowatej postaci kiły, jako zmiany nieodwracalne, nie mogą oddziaływać na leczenie przeciwkiłowe.

Następną grupę schorzeń czerwonkowatych, wywołanych czynnikiem zakaźnym, stanowią zakażenia powodowane przez pierwotniaki. Wchodzą tu w grę naprzód wiciowce *(flagellata),* mianowicie *Lamblia sive Giardia intestinalis* oraz *Trichomonas hominis sive intestinalis.* Z innej zaś grupy pierwotniaków należy tu wymienić *Balantidium coli,* należące do wymoczków *(Infusoria sive Ciliata).*

Bezsprzecznie największe znaczenie ma tu zakażenie przez lamblię (ogoniastek jelitowy), nie tyle może ze względu na zakres mego tematu, ile ze względu na znaczenie lamblii dla patologii przewodu pokarmowego wogóle. Jest to zagadnienie, mające praktyczne znaczenie nie tylko dla klinicysty, ale i dla lekarza-praktyka. Oczywiście nie mogę się tym tematem teraz szczgółowo zajmować, niemniej jednak pozwolę sobie w paru słowach jedynie napomknąć o znaczeniu zakażenia lambliami, czyli o znaczeniu lambliazy dla patologii ludzkiej, aby tym lepiej uwypuklić jej znaczenie dla patogenezy schorzeń czerwonkowatych.

Podczas gdy do czasów poprzedniej wojny lamblie uchodziły, przynajmniej w naszym klimacie, a w każdym razie w Polsce, za coś nieomal egzotycznego, to obecnie stwierdzenie lamblii jest rzeczą bardzo częstą; niewątpliwie przyczyniło się do tego częstego wykrywania lamblii rozpowszechnienie zgłębnikowania dwunastnicy, najlepszego sposobu wykrywania tego wiciowca. Według rozmaitych statystyk około 13 a w niektórych okolicach nawet około 25% zupełnie zdrowych osobników wykazuje w stolcach obecność czystego pasożyta, zaś odsetek osób ze zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego, wykazujących lamblie, wynosi około 55%. Już z tego zestawienia wynika, że lamblia nie jest, względnie nie zawsze musi być obojętnym pasożytem. Zakres mojego tematu nie pozwala mi tu na omówienie ani morfologii, ani biologii tego pasożyta, zaznaczę tylko, że wtargnięciu i usadowieniu się lamblii w przewodzie pokar-

mowym sprzyja bezsok żołądka, wogóle środowisko alkaliczne. Pierwotnym miejscem usadowienia się jej jest według jednych jelito cienkie, według innych okrężnica; poza tym spotyka się ją, jakkolwiek rzadziej, w żołądku, nadto może wnikać do dróg żółciowych, skąd nie łatwo ją usunąć. Ważniejszą jest okoliczność, że usadowienie się jej w dwunastnicy wiedzie stale do zmian chorobowych, natomiast obecność jej w innych odcinkach przewodu pokarmowego tylko niekiedy występuje jako czynnik patogenetyczny. Otóż obecność lamblii w dwunastnicy powoduje szereg objawów chorobowych, odznaczających się wielką polimorfią; nieświadomość lekarza o tej możliwości staje się powodem całego szeregu zupełnie mylnych rozpoznań klinicznych i tym samym niepowodzeń leczniczych. Z własnego doświadczenia klinicznego i z praktyki prywatnej mogę stwierdzić, że wywołana przez lamblie *duodenitis* oraz *cholecystitis* może dawać nie tylko obraz zajęcia dróg żółciowych, ale również może przebiegać pod postacią *ulcus duodeni, dyspepsia ventriculi appendicitica, gastritis chronica* oraz *neurosis ventriculi*. Oczywiście żadne z odnośnych leczeń nie wywiera żadnego wpływu na objawy chorobowe. Patogenetyczny wpływ lamblii jest znacznie częstszy niżby się wydawało; dlatego też w każdym przypadku, wykazującym objawy wymienionych powyżej obrazów chorobowych należy myśleć i o tym zakażeniu i zwrócić baczną uwagę na te pasożyty przy sposobności każdego badania treści dwunastnicowej. Na mojej klinice należało to do zasadniczych obowiązków lekarza. Oprócz zmian w zakresie dwunastnicy może zakażenie lambliami powodować wreszcie zmiany zapalno-wrzodziejące w jelicie grubym, dające kliniczny obraz typowej czerwonki, wiodący do ciężkiego wyniszczenia chorego. O możliwości istnienia i tego tła klinicznego obrazu czerwonki należy wiedzieć choćby i dlatego, że dzisiaj chemoterapia może tu dość dużo zrobić; otóż w przetworach grupy akrydynowej, mianowicie w atebrynie, a ostatnio w akranilu mamy środki, które szybko niszczą lamblie, niemniej jednak potrzebna jest częsta kontrola na ich obecność w przewodzie pokarmowym, gdyż nawroty są możliwe.

Drugi wiciowiec, o którym tu należy wspomnieć, to *Trichomonas hominis sive intestinalis*. Pierwotniak ten zachodzi niekiedy w przewodzie pokarmowym człowieka w przebiegu zmian nieżytowych, przeważnie w jelicie grubym, nadto także i w cienkim, a czasem i w żołądku, przy czym warunkiem jego istnienia jest zasadowy odczyn środowiska. Ze względu na to, że pasożyt ten zachodzi czasem w wielkich ilościach w przebiegu ciężkich biegunek, nie oddziaływujących na żadne leczenie i znika z osłabieniem nasilenia objawów klinicznych, przypisuje się mu dzisiaj i rolę patogenetyczną w nieżytowych sprawach jelitowych. Ponadto, według szeregu autorów, może *Trichomonas intestinalis* nie tylko potęgować objawy czerwonkowe, wywołane przez inne drobnoustroje, ale nawet może sam przez się powodować ciężkie kliniczne objawy czerwonki (R h a m n y).

Trzeci z pierwotniaków powodujących objawy czerwonki to *Balantidium coli*, należące do wymoczków *(ciliata)*. Pasożyt ten występuje znacznie częściej w krajach tropikalnych niż u nas, niemniej jednak zachodzi i tu dosyć często, przede wszystkim u świni, ale także i u ludzi, zwłaszcza mających styczność z nierogacizną. *Balantidium coli* może niewątpliwie występować u człowieka jako pasożyt, jednak w szeregu przypadków może powodować ciężkie zaburzenia określane ogólnie jako *balantidiosis;* mianowicie głównym jego siedliskiem jest jelito grube, gdzie usadawia się głęboko w błonie śluzowej i podśluzowej wokół przewodów gruczołowych, wywołując ciężkie zmiany zapalne oraz wrzodziejąco-martwicze, dające obraz *colitis ulcerosa*. Następstwem tego są czerwonkowe wypróżnienia od 10—15 na dobę, o odczynie zasadowym, cuchnące, z krwią, ropą i śluzem. Tym objawom jelitowym towarzyszy ciężka niedokrwistość i ogólne wyniszczenie, wiodące ostatecznie do śmierci. Przebieg cierpienia jest z zasady przewlekły, trwający nawet 10—20 lat, jakkolwiek zdarza się i przebieg ostry, powodujący w krótkim czasie zejście śmiertelne. Rozpoznanie, po wykluczeniu oczywiście czerwonki bakteryjnej i pełzakowej, opiera się na wykryciu pasożyta w stolcach, przy czym należy wiedzieć, że w stolcach ludzkich zachodzi on w postaci dojrzałej, w stolcach zaś zwierząt, zwłaszcza świni, w postaci cyst.

Wreszcie w związku z omawianiem schorzeń czerwonkowatych, wywoływanych przez pierwotniaki, chcę napomknąć tylko jeszcze o jednej sprawie chorobowej, mianowicie o **Kala-azar** (czarna choroba), wywoływanej przez *leishmania Donovani;* otóż właśnie w tej odmianie kala-azar, atakującej błony śluzowe przewodu pokarmowego, przychodzi prawie w połowie przypadków do ciężkich biegunek o typowych cechach czerwonki, mających za tło zmiany zapalno-wrzodziejące, usadowione głównie w obrębie jelita grubego. Ponieważ choroba ta poza Chinami, Indiami i Azją Mniejszą występuje na całym pobrzeżu Morza Śródziemnego, a więc i w Europie, przeto nie zaszkodzi ją zapamiętać.

Ostatnią grupę zakaźnych schorzeń czerwonkowatych stanowią stany chorobowe wywołane przez niektóre **pasożytnicze robaki**; mianowicie wchodzi tu w grę *Anguillula sive Strongyloides intestinalis*, węgorek jelitowy i *Trichinella spiralis*, należące do nicieni *(nematodes)*, oraz *Schistosomum Mansoni*, z grupy *trematodes*, przywry.

Anguillula intestinalis znajduje się przede wszystkim w krajach tropikalnych, ale również dość często

---

Ubezpieczalnia Społeczna w Rzeszowie

ogłasza

K O N K U R S

na lekarza domowego pełno-zatrudnionego z siedzibą w Rozwadowie.

Warunki objęcia powyższego stanowiska oraz wynagrodzenie przewiduje się zgodnie z zasadami ogólnymi w sprawie przyjmowania, pełnienia czynności i zwalniania lekarzy Ubezpieczalni Społecznych, wydanych przez Kierownika Wydziału Pracy w Rządzie Generalnego Gubernatora z dnia 24. czerwca 1941.

Podania wraz z wymaganymi załącznikami należy składać w Ubezpieczalni Społecznej w Rzeszowie do dnia 25. września 1941, godz. 12-ta.

Lekarz Naczelny
Dr. Wł. R o g o z i ń s k i

występuje i w Europie, głównie w Italii, a także i w Europie środkowej. Przed szeregiem lat miałem sposobność spostrzegać jeden przypadek zakażenia tym pasożytem w krakowskiej klinice chorób wewnętrznych. Zakażenie przewodu pokarmowego następuje już to wprost drogą doustną, już to larwy dostają się do ustroju poprzez skórę i następnie drogą naczyń limfatycznych i krwionośnych wnikają do przewodu pokarmowego. Pasożyt rozprzestrzenia się w obrębie całego jelita; usadowiwszy się w dwunastnicy może wywoływać zapalenie tego odcinka oraz dróg żółciowych. Przy zajęciu dalszych części jelita cienkiego powoduje ten pasożyt przez przenikanie do samego miąższu ściany jelitowej bardzo uporczywe biegunki śluzowo-krwawe, połączone z bolesnym parciem na stolec. Przy dłuższym przebiegu sprawy chorobowej powstaje silna niedokrwistość. Przypadek przeze mnie spostrzegany przebiegał pod postacią bardzo uporczywego nieżytu jelita cieńkiego i grubego z wypróżnieniami o cechach czerwonkowatych przy silnej niedokrwistości. Sprawa rozpoznana za życia chorego przedstawiała się na stole sekcyjnym jako ciężki nieżyt całego jelita cieńkiego i grubego przy bardzo silnym ogólnym wyniszczeniu.

Drugi robak pasożytniczy z grupy nicieni, mianowicie **trychina** również może niekiedy wywoływać objawy, których odróżnienie od czerwonki może być, przy użyciu zwykłych badań klinicznych, niezmiernie trudne. Mianowicie zakażenie trychinami, a więc wprowadzenie do przewodu pokarmowego zakażonego mięsa, wywołuje zawsze objawy z zakresu tego narządu: w 3—4 dni po zakażeniu pojawiają się wśród ogólnego osłabienia, często i dreszczy, odbijania, nudności, czasem i wymioty, nadto bóle brzucha o cechach kolki, oraz przede wszystkim biegunka, czasem wprawdzie lekka, przeważnie jednak bardzo uporczywa; stolce są bardzo częste i przybierają najczęściej cechy wypróżnień cholerycznych, niekiedy jednak przy krwawej domieszce okazują wszelkie cechy stolców czerwonkowych. W przypadkach nietypowych, zwłaszcza sporadycznych i przy niejasnych wywiadach, rozpoznanie może być bardzo trudne. Oczywiście całokształt badania klinicznego, zwłaszcza bardzo wysoka *eozynofilia*, dochodząca niekiedy — jak to sam miałem sposobność stwierdzić — do 80% wszystkich ciałek białych krwi obwodowej, nadto objawy ze strony układu mięśniowego, a zwłaszcza w wątpliwych wypadkach wykazanie trychin we krwi w 5—10 dniu choroby lub w wycinkach mięśni w dalszym okresie choroby, pozwolą na postawienie rozpoznania.

Następny robak jelitowy, mianowicie *Schistosomum Mansoni* ma dla nas daleko mniejsze znaczenie, gdyż w Europie pojawia się rzadko, natomiast jest bardzo rozpowszechniony w Afryce, głównie w Egipcie, nadto w Brazylii, w Azji środkowej i na Antylach. Zakażenie następuje już to drogą doustną przez spożywanie pewnych ryb i mięczaków, które są pośrednim gospodarzem pasożyta już to przez wnikanie cerkarii poprzez skórę. Pasożyt wtargnąwszy do ustroju dostaje się następnie do dolnych żył krezkowych i stąd do ściany jelita grubego, zwłaszcza jego dolnego odcinka. Zmiany jelita grubego, wywołane przez tego pasożyta przedstawiają się naprzód w postaci nacieczenia tak dojrzałymi postaciami jak i jajkami drobnych żył i przestrzeni limfatycznych, co wiedzie do zgrubienia danych odcinków jelita; w dalszym przebiegu choroby powstają na powierzchni błony śluzowej twory polipowate o nierównej i jakby poszarpanej powierzchni, będące główną siedzibą pasożytów; mogą one nieraz nawet zamykać światło jelita. Następną chronologicznie zmianą anatomiczną to owrzodzenie. Wszystkie te zmiany razem wzięte powodują poza gorączką stolce biegunkowe o cechach czerwonkowatych, zawierające krew, śluz i ropę. W miarę przewlekania się choroby wytwarza się charlactwo, kończące się przeważnie śmiercią. **Rozpoznanie** polega na stwierdzeniu jaj pasożyta w stolcach.

(Dokończenie nastąpi).

Możliwość zatrucia ołowiem przy używaniu benzyny barwionej

W związku z wprowadzeniem do sprzedaży na terenie Generalnego Gubernatorstwa nowego rodzaju benzyny, zwraca się uwagę, iż obecnie istnieje możliwość zatruć ołowiem, o ile benzyny barwionej używa się do niewłaściwych celów.

Aby wzmóc właściwości przeciwstukowe benzyny, służącej do napędu motorów, dopuszcza się w Generalnym Gubernatorstwie dodatek czteroetylku ołowiu do benzyny od początku lipca 1941. Ten sam dodatek dopuszczono w Rzeszy już od 1. maja 1939.

Czteroetylku ołowiu dodaje się do benzyny w ilościach tak małych, że — według orzeczenia Urzędu Zdrowia Rzeszy — przy należytym i zgodnym z przepisami użyciu mimo zawartości ołowiu w benzynie ani samo paliwo, ani gazy spalinowe nie są niebezpieczne dla zdrowia. Pokrywa się to też z doświadczeniami, jakie poczyniono w innych krajach przy wieloletnim użyciu benzyny z domieszką czteroetylku ołowiu i przy szczegółowych badaniach naukowych.

Jednakże zaznaczyć należy, że dla uniknięcia wpływów szkodliwych dla zdrowia, można używać tej benzyny tylko dla celów napędowych, w żadnym zaś razie nie można jej używać do czyszczenia, np. mycia rąk, czyszczenia motorów, lub czyszczenia odzieży. Dlatego też benzyna ta dostaje się do sprzedaży tylko barwiona. Wszystkie środki napędowe barwione, obojętne jaką barwą, mogą zawierać ołów i wolno ich używać tylko dla celów napędowych. Dla czyszczenia natomiast nadaje się tylko benzyna do mycia (Waschbenzin).

Ponieważ spaliny czteroetylku ołowiu mogą się osadzać, należy zwrócić uwagę, ażeby części motoru przy remontach nie czyszczono na sucho szczotkami, lecz czyszczono je tylko na mokro np. naftą lub benzyną do mycia.

Druk: Z. K. W. Kraków, ul. Piłsudskiego 19a.